

---



# Diario del Dolore

---



Diario Guidato di 30 Giorni



Ibrido



Creato con LoomJournals

---

# Come Usare Questo Diario

---

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedicare qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...)*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...)*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

Data: \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---

**Data:** \_\_\_\_\_

Livello di dolore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Localizzazione del dolore: \_\_\_\_\_

Tipo di dolore: \_\_\_\_\_

Durata: \_\_\_\_\_

Umore (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Qualità del sonno:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Livello di stress (1-10):  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Farmaci:

Esercizio:



**Note sul dolore** *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

---

---

---

**Fattori scatenanti** *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

---

---

---

**Cosa ha aiutato** *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

---

---

---